

**Correspondencia**

Raúl Lisanti  
Domicilio Postal: Alem 1712 Dorrego, Guaymallén, Mendoza,  
Argentina (5519)  
Correo electrónico: raulisanti@speedy.com.ar  
Teléfono:(54-0261-4228800-Interno: 205)

Recibido: 08.05.2011

Aceptado: 08.07.2011

## Intervención mínima en tabaquismo a pacientes internados. Experiencia en un hospital de Mendoza

**Autores:** Raúl Lisanti<sup>1</sup>, David Gatica<sup>2</sup>, Elena Delaballe<sup>3</sup>, Gonzalo Moreno<sup>3</sup>, Luis González<sup>3</sup>, Héctor Videla<sup>3</sup>, Mónica Grañana<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Jefe Servicio Neumonología, Profesor Adjunto Medicina Interna, Universidad Nacional de Cuyo.

<sup>2</sup> Residente de Neumonología.

<sup>3</sup> Neumólogo.

Servicio de Neumonología. Hospital Del Carmen. Mendoza. Argentina.

Dirección: Joaquín V. González 245; código postal: 5501; Godoy Cruz; Mendoza; Argentina.

### Resumen

**Objetivos:** El médico cumple un importante papel en el control del tabaquismo, una manera de objetivarlo es mediante la intervención mínima realizada durante la internación de pacientes fumadores en un Servicio de Clínica Médica.

**Material y método:** Se realiza una encuesta en pacientes internados en el Servicio de Clínica Médica del Hospital del Carmen, horas previas al alta hospitalaria, en un periodo de 30 días, donde se incluyen datos epidemiológicos, anamnesis, consejo antitabaco y derivación a cesación. Se realizan comparaciones estadísticas de  $\chi^2$ .

**Resultados:** De los 173 pacientes encuestados, el 100% había sido consultado sobre su condición de fumador y constaba en la historia clínica, el 19.1% correspondían a fumador actual, el 34.1% a ex fumador y el 46.8% a no fumador. Durante la internación se realizó intervención mínima en el 33% de los fumadores y del total de fumadores fueron derivados a consultorios de cesación el 18.1%. Estos pacientes refieren haber recibido consejo médico para dejar de fumar en atenciones médicas previas a la internación en el 57.5%.

**Conclusiones:** Si bien se destaca que en su totalidad los pacientes internados fueron consultados sobre su condición tabáquica, sólo uno de cada tres recibió intervención mínima, y solo el 18% se derivó a consultorios de Cesación Tabáquica. Debiendo ser mejorados estos aspectos, sobre todo por contar con varios días de contacto para esta intervención y la motivación extra de la descompensación del paciente que origina la internación.

**Palabras clave** > tabaquismo, pacientes internados, intervención mínima

### Abstract

**Minimal intervention in smoking to inpatients. Experience in a hospital in Mendoza**

**Objectives:** Physicians fulfill an important role in tobacco control, especially through the minimal intervention performed during the hospitalization of smoker patients in an internal medicine service.

**Material and method:** a survey was carried out among patients in an internal medicine service of Del Carmen Hospital a few hours before hospital discharge. The survey included questions on epidemiological and clinical data, anti-tobacco advice and referral to cessation therapy. The survey was carried out in a period of 30 days.  $\chi^2$  statistical comparisons were performed.

**Results:** Out of 173 surveyed patients, their clinical records showed that 100% had been questioned on the smoking habit, 19.1% were current smokers, 34.1% former smokers and 46.8% non-smokers. During hospitalization a minimal intervention took place in 33% of smokers and of the total of smokers 18.1% were referred to cessation clinics. Among these patients, 57% reported having received medical advice to quit smoking in medical consultations before the hospitalization.

**Conclusions:** Although the clinical records registered information on the smoking habit in 100% of the hospitalized patients included in the survey, only one of every three patients received minimal intervention and only 18% were referred to nicotine cessation clinics. These interventions should be improved, taking into account that patients remain hospitalized for several days and they are well motivated to quit because the smoking habit is probably one of the risk factors for the medical condition they are suffering.

**Keywords** > smoking, inpatient, minimal intervention

## Introducción

El tabaquismo es una enfermedad de adicción crónica y es la principal causa de muerte prevenible<sup>1</sup>. Actualmente, el tabaquismo constituye un problema de salud pública de tal relevancia que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera como una de las más graves amenazas para la salud mundial. Por ello debería constituir una de las principales prioridades en la actividad asistencial de los profesionales sanitarios<sup>2</sup>.

El consejo médico es una herramienta poderosa para controlar este problema, porque aumenta la motivación y el cambio de estadiaje del fumador y puede lograr más de 5% de ex fumadores al año<sup>3</sup>. La intervención mínima sistematizada es una herramienta barata que insume poco tiempo al profesional, es accesible para todos los profesionales y tiene un alto impacto en la sociedad.

A pesar de todos estos datos, no se cuenta con políticas de salud y formación universitaria adecuada del personal; como consecuencia, no se comprende la importancia en el diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en nuestros pacientes.

El objetivo de este trabajo es conocer la importancia dada por los médicos al tabaquismo durante la internación de los pacientes en clínica médica, mediante la evaluación de consulta sobre condición de fumador, nivel de intervención mínima realizada y derivación a cesación tabáquica al momento del alta.

## Material y metodos

Se realiza una encuesta a pacientes internados en el Servicio de Clínica Médica, Hospital Del Carmen, que pertenece a la Obra Social de Empleados Públicos de la Provincia de Mendoza, República Argentina. Dicha Institución cuenta con 385.637 afiliados, de los cuales 287.355 son

adultos (más de 16 años). La encuesta se realizó de forma voluntaria, horas previas al alta hospitalaria, durante 30 días, desde el 7 de septiembre al 6 de octubre de 2009. En dicho período se dan de alta 254 pacientes, de los cuales se encuestaron 173 (68.1%). Los no encuestados corresponden a 26 defunciones, uno no acepta la encuesta y el resto son derivaciones de urgencia a otros centros o altas producidas los fines de semana y feriados. La pesquisa fue realizada por un médico residente de Neumonología, sin previo aviso del contenido al personal del Servicio de Clínica Médica (Internación). En dicha encuesta se registran los datos de filiación, edad, sexo, motivo de intervención, enfermedades asociadas, condición de tabaquismo constatada en Historia clínica, si recibieron intervención ambulatoria previa, intervención mínima durante la internación, tiempo aproximado y si fueron derivados a cesación en dicha internación.

Se realizan comparaciones estadísticas de  $\chi^2$ .

## Resultados

De los 173 pacientes encuestados, 33 eran fumadores actuales (19.1%), 59 ex fumadores (34.1%) y 81 no fumadores (46.8%) (Figura 1).

Los fumadores actuales: sexo masculino 18 pacientes (54.5%), sexo femenino 15 pacientes, edad media 47.5 años (femenino: 41.4 años y masculino 51.6 años). En el grupo de ex fumadores: sexo masculino 33 pacientes (55.9%) y sexo femenino 26 pacientes, edad media 65.1 años. El grupo que nunca había fumado: sexo femenino 59 pacientes (72.8%) y sexo masculino 22 pacientes, edad media 68.6 años (Figura 2).

Se constató en la historia clínica la condición de tabaquismo en el 100% de los pacientes. Se realizó intervención mínima (o la misma fue percibida por el paciente) en 11 de los 33 pacientes fumadores (33.3%), con una duración promedio de 2 minutos,

estos pacientes tenían una edad media de 57.3 años, 8 eran mayores de 50 años; 2 mujeres y 9 hombres, fumaban una media de 20 cigarrillos/día. Fueron derivados a cesación 6 pacientes, 18.1% del total de fumadores. Estos pacientes refieren haber recibido consejo médico para dejar de fumar en atenciones médicas previas a la internación en 19 de ellos (57.6%) (Figura 3).

La intervención mínima durante la internación en relación con la afectación de diferentes órganos

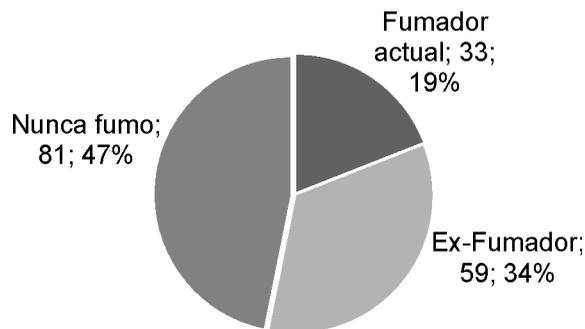


Figura 1. Condición de tabaquismo en pacientes internados en clínica médica (n:173).

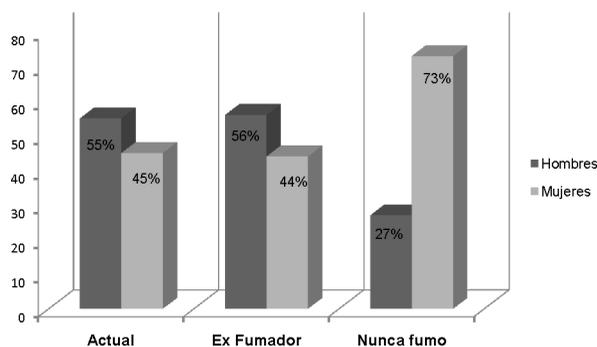


Figura 2. Condición de tabaquismo según sexo

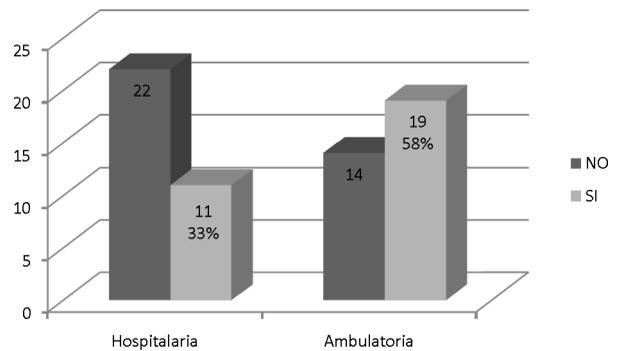


Figura 3. Intervención mínima de pacientes internados

o sistemas se muestra en tabla 1. No se encontró diferencia estadística significativa entre los pacientes que recibieron intervención mínima y el motivo de internación ( $p=0.765$ ). La edad media del grupo que recibió intervención mínima fue de 57.3 años y en el que no la recibió fue de 42.8 años. Se dividió a los pacientes fumadores en dos grupos, uno constituido por menores de 50 años con un total de 18 integrantes, de los cuales 3 pacientes recibieron intervención mínima, y otro formado por mayores de 50 años con un total de 15 y de estos recibieron intervención mínima 8; no se encontró diferencia estadística significativa ( $p=0.116$ ) con respecto a la edad de internación.

## Discusión

En el año 2000 en la República Argentina se produjeron 39.131 muertes atribuibles al tabaco en la población de mayor de 35 años, que representaron el 15.7% de las 248.896 muertes en ese grupo de edad<sup>4</sup>. El tabaquismo explica alrededor del 15% del gasto en salud, y además elevados costos para la sociedad en su conjunto (ausentismo, incendios, incapacidad y muerte).

Tabla 1. Intervención mínima en pacientes internados en relación con el motivo de internación.

Tabaquismo actual	Motivo de Internación							
	Cardiovascular	Gastrointestinal	Neumonológico	Oncológico	Neurológico	Politraumatismo	Intento suicidio	Otro
Intervención mínima								
Si (n:11)	3	1	3	1	1	1	0	1
No (n:22)	3	1	3	2	3	3	4	3
p-valor	0.4	0.6	0.4	1	0.7	0.7	0.16	0.7
Total (n:33)	6	2	6	3	4	4	4	4

En la provincia de Mendoza fuma el 35.5% de la población<sup>5</sup>. Gracias a una encuesta realizada en sala de espera de nuestro Hospital, observamos una prevalencia de fumador actual del 33.6%<sup>6</sup>.

Es de destacar la actividad relacionada con tabaquismo que se realiza en el hospital, como es el hecho que fue declarado Libre de Humo de Tabaco en el año 2004 y cuenta con un Programa de cesación tabáquica desde hace 10 años. El Servicio de Neumonología tiene a cargo la rotación de dicha especialidad en cuarto año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo y un curso de tabaquismo para los alumnos de sexto año con una carga horaria de 10 horas<sup>7</sup>. Es decir que el personal médico conoce el tema tabaquismo e incluso lo ha recibido en su formación profesional.

Durante la internación se registró la condición tabáquica en el 100% de las historias clínicas, uno de los factores del alto porcentaje de registro es la conformación de historias con formularios prellenados. Otros estudios muestran cifras menores, donde la anamnesis del tabaquismo hospitalario se realizó en un 40% de los informes, de los cuales recibieron consejo antitabaco un 35% y ninguno de los pacientes fumadores fue remitido a la consulta especializada de tabaquismo<sup>8</sup>. Se destaca la importancia de valorar en la anamnesis la condición de fumador; esto es considerado una medida de calidad en la atención médica<sup>9</sup>.

En la historia natural del tabaquismo la percepción del riesgo, por una enfermedad y/o síntomas, puede hacer cambiar su condición de fumador. La internación es un suceso importante que no podemos dejar de aprovechar: la motivación, la conciencia de enfermedad y un mayor contacto con el personal de salud sumado al ambiente libre de humo favorecerían el éxito de la intervención mínima y/o un programa de cesación.

Dado que los fumadores visitan los servicios de salud más que los no fumadores, las consultas y los ingresos de los pacientes<sup>10</sup> son una buena ocasión para esta forma de intervención en prevención y cesación.

Sería lo adecuado una consulta especializada de tabaquismo para los fumadores que precisen esta ayuda, a fin de ofrecer un tratamiento completo de su enfermedad. Un meta análisis de siete estudios encontró que el consejo breve (menos de 3 minutos) del clínico aumentó el coeficiente de probabilidad de cese a largo plazo hasta 1.3 en comparación con la ausencia de consejo<sup>11</sup>. Cuando un paciente deja

de fumar por una enfermedad, el consejo médico es necesario para que no recaiga, el 54% de los que no recaen lo atribuyen al consejo médico<sup>12</sup>. Se recomienda que todo profesional de la salud de consejo de abandono tabáquico al paciente fumador independientemente del motivo de consulta; y que éste sea: serio, sencillo, corto y personalizado. Adicionalmente la probabilidad de recaída es menor si el cese tabáquico se efectuó en el ámbito hospitalario que si se realiza fuera de éste<sup>13</sup>.

Como muestran nuestros resultados, la intervención durante la internación se realizó en uno de cada tres y sólo uno de cada cinco se derivó a cesación. Debido a estos resultados se deben generar programas educativos dirigidos a la concientización de los profesionales de la salud en la importancia del tema y la manera de actuar. En nuestro caso se comenzó a trabajar sobre el tema en ateneos inter-residencias, en cursos de capacitación sobre tabaquismo y dentro del programa de cesación tabáquica, que incluye a los pacientes fumadores internados.

## Conclusiones

Para actuar frente al tabaquismo, lo primero es identificar al fumador. En nuestro estudio se registró en el 100% de las historias clínicas la condición tabáquica; sin embargo, la intervención mínima se realizó (o fue percibida por el paciente) durante la internación en uno de cada tres, preferentemente de sexo masculino y mayores de 50 años. Al mismo tiempo se derivaron a cesación menos de uno cada cinco pacientes internados.

Estos hechos deben motivar a revalorar la importancia del rol médico en el control del tabaquismo y dentro de éste la intervención mínima y derivación a cesación, sobre todo durante la internación. El hecho de la internación, ya sea por aparición o agravamiento de una enfermedad, tiene dos aspectos destacables: la motivación por sensibilización del paciente para dejar de fumar y el tiempo disponible por el personal de salud para realizar la intervención y programar la cesación tabáquica. Todo esto realizado en un marco de ambientes (Hospital) libre de tabaco.

El médico debe actuar ante una enfermedad. En caso de no hacerlo, se trata de una actitud negligente; si reconocemos otras tantas enfermedades y las tratamos o en su defecto derivamos al paciente a un especialista, debemos hacer lo mismo con el tabaquismo.

## Referencias

1. Conte Grand M et al. Estimación del costo económico en Argentina de la mortalidad atribuible al tabaco en Adultos. Programa VIGI+A 200.
2. Serrano Rebollo JC et al. Intervención mínima sistematizada en el paciente hospitalizado: una herramienta que hay que conocer para poder utilizarla. *Prev Tab* 2006; 84: 139-40.
3. Russell MDH. Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ* 1979; 2: 213-5.
4. Pitarque R, Perel P, Sánchez G. Mortalidad anual atribuible al tabaco en Argentina, Ministerio de Salud de Argentina, año 2000.
5. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2006. Ministerio de Salud de la Republica Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/resultados.asp>
6. Lisanti R, Gatica D, Delaballe E, et al. Condición de fumador de pacientes de sala de espera del hospital el Carmen, OSEP Mendoza, IX Congreso Nacional de la Federación Argentina de Medicina de Familia y General, 2010.
7. Lisanti R, et al. Encuesta a asistentes al curso de Tabaquismo 2007 de la Práctica final obligatoria (internado) de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, suplemento noviembre 2008, página 73.
8. Salas J, et al. Anamnesis del tabaquismo y consejo anti-tabaco en 200 informes de alta sucesivos de los servicios médicos. Comparación de dos hospitales. Años 2003-2004. *Prev Tab* 2006;84: 156-9.
9. Ockene JK. Physician - delivered interventions for smoking cessation: strategies for increasing effectiveness. *Prev Med* 1987; 16: 727-37.
10. US Department of Health, Education and Welfare: The Health benefits of smoking cessation: A Report of the Surgeon General US Department of Health and Human Services, Public Health Service. CDC Center for chronic Diseases Prevention and Health promotion. Office on Smoking and Health. DHHS publication N° (CDC) 8416. 1990.
11. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: US department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
12. Salas J, et al. Anamnesis de tabaquismo y consejo antitabaco a pacientes ingresados en un servicio de neumología. *Prev Tab* 2005;71: 6-10.
13. Emmons KM, Goldstein MG. Smokers who are hospitalized: a window opportunity for cessation interventions. *Prev Med* 1992; 21:262-9.